



---

## **Registro De Pacientes**

### **Informacion del Paciente**

Primer nombre:

Apellido:

Fecha de Nacimiento:

### **Informacion de los Padres**

Dirección:

Fecha de Nacimiento:

Número de teléfono:

Correo electronico:



## The Children's Dental Group

### **Acuerdo de Financiacion y consiciones de nuestra oficina**

1. Usted es responsable del pago de los cargos por los servicios que recibe de nuestra oficina. Cualquier cheque que este devuelto por nuestro banco dara lugar a una carga de Vuelta \$25.00 que se agregaria a su cuenta.
2. Es responsabilidad suya que nos actualize su direccion, numero de telefono y la informacion del Seguro medico cada visita.
3. Es su responsabilidad ponerse en contacto con su compania de Seguro para confirmar que nuestro dentista participa en su plan. Si no estamos en su plan, uste sera responsable por el pago en su totalidad.
4. Todos los pagos deben ser pagados al momento del servicio. Hacemos todo lo posible para obtener la informacion mas pecisa de su Seguro. Por favor comprenda que todavia es un **estimado** y usted sera responsable por cualquier servicio que su Seguro no cubre.
5. Se requiere un aviso de 24 horas para cancelar o reprogramar una cita. Si usted cancela una cita de nuevo, tendria que entrar de Lunes a Viernes a las 8am y esperar a ser visto ese dia, talves Habra una espera dependiendo que tan ocupada estara la oficina.
6. Si usted necesita el documento 3300 de registracion, se requiere un aviso de 24 horas antes para obtener la forma. Si a usted le gustaria obtener expedientes podran ser enviados por correo. Es una violacion de HIPAA mandar los expedients por fax o correo electronico.

---

**Firma Del Guardian**

**A su familia y Amigos:** nosotros debemos revelar su informacion de salud, como se describe en la seccion de derechos de paciente de este aviso. Podemos revelar su informacion de salud a un familiar, amigo o otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atencion medica o con el pago de su atencion medica, pero solo si usted esta de acuerdo que Podemos hacerlo.

**Personas Involucradas en su cuidado:** Podemos usar o revelar informacion medica para notificar o asistir en la notificacion de (incluyendo la identificacion o localizacion) un miembro de su familia, su representante personal a otra persona responsable de su cuidado, de su ubicacion, su estado general, o salud, que le proporcionara la oportunidad de oponerse a la divulgacion de este tipo. En caso de incapacidad o circunstancias de emergencia, revelaremos su informacion de salud basada en una determinacion usando nuestro juicio profesional que revela solo informacion de salud que esta directamente relacionada con la participacion de la persona en su atencion medica. Tambien utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la practica comun para hacer inferencias razonables de su mejor interes y permitir que una persona recoja sus recetas, su ministros medicos, radiografias, o otras formas similares de informacion de salud.

**Requerido por Ley:** Podemos usar o revelar su informacion medica cuando sea requerido por la ley

**Abuso o Negligencia:** Podemos revelar su informacion de salud a las autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una posible victima de abuso, negligencia o violencia domestica o la victima posible de otros crimenes. Podemos revelar su informacion de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o su seguridad o la salud o la salud o seguridad de otros o revelar su informacion medica cuando sea requerido por la ley.

**Seguridad Nacional:** Podemos revelar a las autoridades militares la informacion de salud de las fuerzas armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar la informacion de salud de funcionarios federales necesaria para legal inteligencia, contienen eligencia y otras actividades de seguridad autorizados. Podemos revelar a la institucion correccional o agentes del orden tienen la custodia legal de informacion de salud protegida del recluso o paciente bajo ciertas circunstancias.

**Recordatorios de citas:** Podemos utilizar o revelar su informacion de salud para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, postales o cartas).

**Si desea obtener mas informacion sobre nuestras practicas de privacidad o si tiene preguntas o preocupaciones, por favor pongase en contacto con nosotros.**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo el aviso de practicas de privacidad **HIPAA** de esta oficina. Por favor imprimir el nombre del niño/a.

---

**Firma del padre o tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



## The Childrens Dental Group

Por favor de evitar el uso de celulares y camaras durante la visita de su hijo/a con la doctora, pueden hacerlo despues de la visita. Tomando fotos sin permiso es una violacion de la poliza de HIPAA.

---

Firma Del Guardian



## **Presencia de Padres**

The Childrens Dental Group tiene una meta que los padres y niños reciban una positiva experiencia durante su visita. Es común que los niños sientan emoción y nerviosismo durante la visita, pero nuestro equipo está preparado para esas situaciones. Basado en estudios clínicos y de nuestra experiencia hemos notado que están presentes en preparación para tratamiento. Por ese estudio los doctores tienen reglamento que los padres se mantengan en la sala de espera. En todo caso sientase Seguro que lo notificaremos lo más pronto posible para cualquier información de sus niños.

---

**Firma**

---

**Date**